

List do redakcji • Letter to the Editor

Narodziny standardu postępowania medycznego?

The birth of medical standard?

Szanowny Panie Redaktorze,

Standardy postępowania medycznego, inaczej nazywane „standardami klinicznymi” lub procedurami są opisem, zaleceniem, skierowanym do praktykujących lekarzy oraz pacjentów. Standardy określają właściwe formy leczenia i opieki zdrowotnej, stosowane w konkretnych uwarunkowaniach medycznych [1].

Aby opracować standard należy z jednej strony mieć dane opisujące zespół leczący, procedury lecznicze i stosowane leki, z drugiej strony charakterystykę badanej grupy. Ponadto ważnym elementem w przygotowywaniu standardów są zalecenia przygotowywane przez instytucje międzynarodowe a także analiza kosztów ekonomicznych, społecznych i psychologicznych zastosowanych standardów.

Podstawą budowania standardu postępowania medycznego jest Medycyna Oparta na Dowodach Naukowych (EBM – Evidence Based Medicine). W 1997 r. Sackett zdefiniował EBM w następujący sposób:

"...the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients." [2]

EBM ma dwa obszary: jeden zwany – POM (*patients oriented medicine*), a drugi – DOM (*disease oriented medicine*). W decyzjach zgodnie z zasadami EBM ważniejsze jest POM niż DOM. Zarówno POM jak i DOM opisywane są zgodnie z wymaganiami rzeczywistości matematyczno-modelowej. Idealny standard leczniczy winien spełniać oczekiwania pacjenta, lekarza i płatnika. Najczęściej jest on wynikiem przewagi intelektualno-ekonomicznej najsilniejszego.

Każda grupa zawodowa ma swoje standardy. Formalizują one działanie grupy. Zawierają w sobie ukryty kod etyczny. Używanie standardów w oparciu o dane EBM może być próbą zrównania etyki z nauką. Logiczne wątpliwości przy stosowaniu takiego zabiegu przedstawił już osiemnastowieczny filozof David Hume¹ [3].

Problem standaryzacji, jak wiele spraw w naszej rzeczywistości, dotyka opozycji jakości – ilość. Chory – niepewtarzalna jakość, aby być leczony, musi zostać zamieniony na chorobę, a ta – na powtarzalny wynik (ilość). Ten zabieg stwarza nową konfigurację, w której nie le-

czymy już chorego, ale jego wyniki. Ta matematyzacja ułatwia nam postępowanie, które jest takie samo dla określonych chorób, nie uwzględniając jednak niepewtarzalności leczonych osób.

Świat liczb w odróżnieniu od świata jakości podlega ciągłej zmianie, dlatego standard nie może być konstrukcją stałą. Na zmianę tej konstrukcji wpływa szereg czynników, ale ich podmiotem jest chory. Natomiast podstawowym „hamulcem” zmiany jest instytucja przygotowująca standardy. W ten sposób cały czas panuje napięcie pomiędzy życiem a modelem. Nie zawsze ma ono moc pozytywną.

Ogólnie rzecz biorąc można skonstatować, że wraz z narodzinami standardu postępowania medycznego umarła niepewtarzalna rzeczywistość chorego. Paradoxs polega na tym, że tylko w rzeczywistości chorego może nastąpić autentyczna weryfikacja standardu. Paradoxs ten potwierdza znany aforyzm Immanuela Kanta², że nie można jednocześnie mieć ciastko i je zjeść (wg 4).

W tym kontekście tak zwana „świadoma zgodna” pacjenta na udział w badaniach objętych procedurą standardu często jest niestety pochodną jego „nieświadomego instynktu” życia. Medycyna oparta na faktach jest pochodną redukcjonistyczno-mechanistycznego rozumienia istoty choroby. Jej efektem jest koncentracja uwagi na matematycznej wizji choroby zasadniczej i marginalizacji znaczenia tych obszarów, które nie są matematyzowalne (świat przeżyć chorego).

Naszym zdaniem kontekst etyczny postępowania medycznego wynika ze sposobu definiowania choroby. Władysław Biegański (1857-1917) i inni podkreślali, że istotą choroby nie jest narząd czy komórka (gen), ale chory człowiek [5]. Poglądy redukcjonistyczne i humanistyczne połączył w definicji onkologii Profesor Tadeusz Koszarowski (1916-2002). Zgodnie z nią podejście Władysława Biegańskiego stanowi podstawę etyczną, natomiast koncepcja analityczno-redukcjonistyczna jest konieczna do realizowania idealistycznych założeń w realnych warunkach dla dobra chorego [6].

Dr n. med. Wiktor Chmielarczyk
mgr fiz. Andrzej Pruszyński
Zakład Organizacji Badań Masowych
Zakład Fizyki Medycznej
Centrum Onkologii – Instytut
im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

¹ David Hume (1711-1776) filozof, pisarz i historyk urodzony w Szkocji, wychowany w Anglii, żyjący częściowo we Francji i częściowo w Anglii

² Immanuel Kant (1724-1804), filozof niemiecki, profesor uniwersytetu w Królewcu

Piśmiennictwo

1. A. Makselon-Jarząbek.
http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=15&idartykul=415.
2. Sackett, Richardson, Rosenberg, and Haynes (eds.), *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 1st edition. New York: Churchill-Livingstone; 1997, s. 2.
3. David Hume. *Enquiry Concerning the Principles of Morals*. Published by A. Millar. London 1751.
4. Leys AR. The Scientist's Code Ethics. *Physics Today*. 1952; 3: 1-15.
5. Biegański W. *Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodologii lekarskiej*. Warszawa: Drukarnia K. Kowalewskiego ul. Królewska 29; 1984.
6. Koszarowski T. Współczesne zasady organizacji walki z nowotworami w Polsce. *Zdrowie Publiczne* 1968; 2: 247-255.